

NOTIFICACION DE ACCION

(Continuación)

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación: _____
Nombre del caso: _____
Número: _____

En _____ el condado restará _____ meses de su límite de tiempo de 60 meses.

La razón es la siguiente:

Usted recibió un pago de \$ _____ en _____ para evitar la necesidad de asistencia a largo plazo. Ese pago equivale a _____ meses de asistencia monetaria.

Usted recibió servicios de _____ en _____ para evitar la necesidad de asistencia a largo plazo. El valor de esos servicios para evitar la necesidad de asistencia a largo plazo es de \$ _____ y equivale a _____ meses de asistencia monetaria.

Usted estuvo de acuerdo en que se contara el pago/servicios en vez de recibir asistencia a largo plazo contra el límite de tiempo durante el cual usted es elegible para recibir asistencia monetaria.

El período de tiempo para el cual recibió un pago/servicios en vez de recibir asistencia a largo plazo se calcula en esta página.

Pago/Servicios para evitar la necesidad de asistencia a largo plazo \$ _____

Pago máximo de asistencia para _____ personas (unidad de asistencia solamente) ÷ _____

Período de tiempo para el cual se recibe pago/servicios en vez de asistencia a largo plazo = _____

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 81-215.5, 42-302; W&IC 11266.5

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de la página 1 se le explica cómo solicitarla.